PROSPETTO

DELLA

R. CLINICA CHIRURGICA DI PADOVA

NELL'ANNO 1866-67

AUTOPLASTICHE

LETTURA ACADEMICA

DEL PROFESSORE

FRANCESCO MARZOLO

PADOVA
STAB. DI P. PROSPERINI
1869

La prima volta ch'io spiego la mia voce in questo illustre recinto, avrei invero prescelto di muovervi parola, onorevoli Academici, intorno ad argomento, che avesse potuto invitare l'attenzione di tutti senza richiamarvi ai cruciati ed alle angoscie che segnano il mio cammino.

Ma la idea che prima balena alla mente, la prediletta occupazione della vita, accarezzata per tanti anni, sorge in fine gigante e ci signoreggia, ci trascina, ci incatena.

Così dalla missione, ch'io ho abbracciata, mi venne, direi, una seconda natura, nè trovo infuori di essa altre imagini per estrinsecarmi.

Quando garzoncello inesperto io spingeva lo sguardo impensierito nel mio buio avvenire, ove mi si fosse affacciata questa strada di lagrime e di sangue, ne avrei ritratto la mente con ribrezzo, non presago certamente dei sublimi tripudii, onde per essa batterono poscia i miei polsi.

Ma quasi per caso messovi il piede, poichè una mano sicura a me fu guida, m'innamorò della scienza e m'educò all'opera, unico modo per risvegliare l'inclinazione prepotente e condurla ad amore appassio-

nato, io non seppi più arretrarmi, trasportato da un fascino imperioso.

Ma d'onde questo incanto? Perchè i tuoi sensi sono muti, perchè allo sguardo sfuggono gli spasimi convulsi del paziente, perchè l'udito non coglie le disperate sue strida? Chi ti diede questa fermezza impassibile, fuori di natura, questo orgasmo febrile, galvanico? Chi? il culto della scienza e più ancora la carità. Perchè quando dopo lunghe veglie, ansie angosciose, opera indefessa, potè balzare sulla tua bocca tripudiante il tuo εὕρηκα — il trionfo che ti è conseguentemente riserbato è la redenzione d'una vita.

Ma se questa interna molla segreta, irresistibile mi spinge a condurre il vostro pensiero a scene sanguinose, io mi studierò almeno di toccare tale subietto chirurgico, che non presenti l'arte sotto l'imagine di spaventevole, immisericorde carnificina, distruggitrice dell'opera della natura, ma quale provida riparatrice dei suoi danni e ristauratrice delle sue mende.

Ed è tale la Chirurgia plastica, che cogli organici innesti si propone di risarcire (giusta l'espressione dell'illustre Prof. Porta) tutto ciò che alla superficie del corpo è monco, deforme, guasto, o bucato.

E poichè intrapresi la redazione di un completo resoconto dell'anno clinico 1866 - 67 della nostra Università, mi tenterò di presentarvi la storia dei casi occorsi in quel lasso di tempo, che richiesero tale azione chirurgica ristoratrice.

Le operazioni di plastica ebbero anche il nome di anaplastica, di autoplastica, di organico innesto, e furon già negli antichi tempi introdotte ad arricchire le chirurgiche conquiste, così che se ne trovano chiare menzioni in Celso, in Galeno, in Paolo d'Egina.

Se non che, nell'India, dove le leggi autorizzavano a castigare i rei mutilandoli nella faccia, da tempo immemorabile esisteva presso i sacerdoti e nella casta dei Kroama o Pentolai l'arte di riparare alla mancanza del naso e ad altre deformità del viso, e il privilegio di esercitarla.

Questa pratica, appoggiata a regolare processo, fu per l'Europa affatto infruttuosa fino al principio del presente secolo.

Però ben prima un altro metodo dai Branca di Catania fu imaginato, e diffuso dai Calabresi Bojani e dal Tagliacozzi di Bologna.

Ma, ad onta di tutti i riferiti tentativi, solo dal 1814 cominciò, può dirsi, l'autoplastica a costituire un regolare corpo di scienza, quando Carpue col metodo indiano ha operato la ristaurazione del naso, riuscita con esito felice.

Dopo lui, Dieffenbach, Graefe, Blandin, Dupuytren, Roux, Baroni, Signoroni, A. Cooper, Travers ed altri ed altri ancora, accolta la nuova pratica, la estesero, la dotarono di egregi miglioramenti, la corredarono di felici prove, riducendola mano mano agli attuali perfezionamenti.

Lasciate le molteplici modificazioni, che poco si scostano dai principali metodi, questi possono ridursi a tre esssenzialmente;

I. Metodo Italiano, o di *trapiantamento*; con esso s'innesta nel vano, di cui sono cruentati gli orli, un lembo cutaneo, tratto da lontana provincia del corpo.

II. Metodo Indiano, o *per torsione*; è per esso introdotto un lembo tegumentale, prossimo alla perdita di sostanza cui si vuole riparare, contorcendolo al suo peduncolo, o imprimendogli una conversione.

III. Metodo Francese, *per spostamento o scivola-*

mento, col quale s'innesta un lembo affatto vicino alla perdita di sostanza, il quale, fisso a larga base, è soltanto stirato un poco, finchè riempie il vano da occuparsi. Ove il lembo fosse molto lontano, potrebbe condursi a riempiere lo spazio vuoto per una serie di successive migrazioni, che lentamente lo avvicinino e lo facciano aderire a provincie sempre più prossime a quella che infine presta l'indicazione alla plastica.

Oltre ai metodi, ch'io ho toccato e che rappresentano le risorse dell'arte in questo genere di operazioni, mi si offre occasione di riferirne uno speciale, ch'io potei mettere in pratica, e che, ove le particolari condizioni topiche lo permettessero, sarebbe al certo, nella riparazione del naso, a tutti gli altri preferibile.

Non conosco negli annali dell'arte altro fatto che ripeta quello che sto per narrare.

In esso io ebbi la felice opportunità di congiungere all'anaplastica la protesi, e il risultato fu il più lusinghiero, che fosse lecito sperare.

Un giovine capuccino, per carie delle ossa e delle cartilagini nasali, ebbe a perdere tutto lo scheletro del naso, conservandosi però il tegumento cutaneo che lo riveste.

Ma, mancato ad esso il sostegno, resistente su cui si modella, s'introflesse nella cavità sottostante e aderì alle sue pareti, lasciando una deformità così ributtante da rendere rassomigliante quella faccia viva ad un teschio.

Invitato ad emettere il mio parere sulla possibilità di riparare a tanto guasto, mi sembrò che il miglior partito sarebbe stato quello di conservare la corteccia cutanea del naso, staccandola dall'infossatura, cui era aderente, approfittando, per quanto fosse possibile, delle parti naturali ancora intatte, nella persuasione

che i miracoli dell'arte non possano mai eclissare quelli della natura; coll'intento quindi di rimpiazzare le ossa e le cartilagini perdute, con due semi-canali di avorio, di forma di piramide a base triangolare scalena, di cui la faccia corrispondente al lato minore della detta base, congiuntasi all'analoga dell'altro semi-canale, rappresentasse la tramezza del naso. (V. nella Tavola le figure *a a' a'' a''' a''''*). Questi semicanali, introdotti separatamente in ciascheduna narice, venivano avvicinati per una faccia verticale, ed uniti fra di loro per mezzo di un chiodetto a vite. Con tale progetto m'accinsi all'operazione. Staccai diligentemente il tegumento nasale introflesso dai suoi nuovi e morbosi contatti, approfittando nel lungo e molesto maneggio della pazienza dell'operando, degna invero del suo abito, e, disseccata tutta la pelle, la stirai all'infuori, come una borsa vuota, e ne riempii il cavo con tamponi di filaccia. Quando poi la parete interna, allora sanguinante, del tegumento nasale fu cicatrizzata, sostituii alla filaccica il mezzo di protesi che avea ideato; e così fu offerta, poco caritatevolmente invero, al fraticello, larga occasione di abbandonarsi ai peccaminosi voli della vanità.

Veniamo ai casi clinici che vi ho promessi.

Domenico Gregio, contadino, di anni 62, del Distretto di Este, venne ricoverato nella Clinica il 3 febraio 1867. Egli, d'abito robusto, di sana costituzione, senza alcun indizio di sofferte discrasie, già da sette anni in addietro cominciò a presentare sul lobo del naso una crosta secca, aderente, pruriginosa, che staccata violentemente coll'unghia, o fatta cadere cogli emollienti, tosto si riproduceva. Queste vicende di comparsa, distacco e riapparizione dell'escara si succedettero per sei anni, quando al luogo della crosta,

che mano mano si andava estendendo, cominciò a manifestarsi un tumore, che a poco a poco si accrebbe fino ad aquistare il volume di una castagna, volume che offriva al momento della sua presentazione alla Clinica; il colore del tumore è rosso scuro, la superficie ineguale, tubercolosa, mammellonata, la resistenza elastica molle. Esso è coperto da crosta atro sanguigna, procedente dal sangue, che facilmente geme dalla superficie e si rappiglia. Fatto cadere con emollienti il coagulo aderente, si verifica che il tumore è decorticato, e che da esso trapela un umore sanioso, e ad ogni piccolo contatto un poco brusco sprizza e geme vivido sangue. Il tumore è indolente anche sotto pressioni laterali, ma nella compressione verticale è esageratamente sensibile.

I ganglii linfatici della regione circostante sono illesi, come la mucosa e le corrispondenti cartilagini nasali.

I caratteri del tumore lo fecero diagnosticare per un cancro epiteliare, e condussero al partito di distruggerlo, preferendosi all' uopo il caustico di Canquoin del N. 1.

La pasta indicata si applicò per quattro volte successive a brevi intervalli per 24, 12, 8, e finalmente 2 ore, e così cadute tutte le escare, si vide il tumore distrutto e solo il margine cutaneo, che lo limitava, rialzato, duro e dolente. Questa condizione indusse ad escidere esso margine, tenendo in freno la vegetazione del fondo della piaga, che sempre tendeva al lussureggiamento, con frequenti pennellature con acido solforico concentrato, imbevendone un pennello d'amianto.

All'infuori di questi mezzi energici di cura nessun'altra applicazione locale fu fatta, oltre alle fi-

laccica sole o spalmate d'unguento di precipitato rosso.

E veramente si poteva gloriarsi dell'esito del trattamento, chè la piaga si riduceva a dimensioni ognora più limitate, la vegetazione del fondo era di buona natura, e tutto lasciava ragionevole lusinga che la granulazione già in corso, avrebbe condotto alla vagheggiata cicatrice.

Se non che, l'amore del domestico focolare indusse il malato a voler abbandonare la Clinica non ancora guarito, e malgrado di tutte le ammonizioni e preghiere, con cui si tentò di sconsigliarnelo, se ne partì il giorno 18 Aprile.

Ma, pur troppo, i timori lasciati dalla sua partenza intempestiva si avverarono e, dopo un mese d'assenza e di trascuranza nella cura, che gli era suggerita, ripresentatosi offerse il tumore d'indole eguale, ma di maggiori dimensioni, specialmente rispetto alla base, che comprendeva entrambe le pinne, rispetto alla profondità chè investiva le cartilagini e rispetto alla forma ridotta schiacciata e rettangolare (fig. 1).

La speranza che si avea accolto da prima di distruggere la vegetazione cancerosa, conservando pure il modello cartilagineo del naso, perchè su quello scheletro si formasse una solida cicatrice, nella seconda comparsa del malato erasi perduta, perchè le stesse cartilagini erano state invase dalla malattia devastatrice.

Fu perciò preso il partito di esportare il tumore colla porzione del lobo del naso e delle pinne, che ne formassero la base, e di rimpiazzare il tessuto esportato con una operazione di organico innesto.

Dalla regione della glabella si condussero due incisioni arcuate a convessità esterna fino alle ali del naso, comprendendo tutta la parte malata, che venne

accuratamente escisa, con esportazione a sinistra anche della cartilagine delle pinne profondamente alterata; quindi si praticarono altre due incisioni trasversali, che dall' estremità inferiore delle pinne si dirigevano verso la regione infra-zigomatica, ed infine due altre ancora, che dal margine inferiore esterno di cadauna occhiaia arrivavano alla estremità esterna delle incisioni testè descritte (fig. 2).

Con ciò si ebbero due lembi quadrilateri a base superiore che si staccarono accuratamente, e si spostarono così che i loro margini interni si congiungessero sul dorso nasale, e gl'inferiori corrispondessero all' orlo inferiore delle narici.

Data tale disposizione ai lembi, essi furono uniti con punti di cucitura attortigliata sul dorso, e nodosa sul margine inferiore. Il lembo sinistro inferiormente mancava del sostegno cartilagineo, che era stato esportato (fig. 3).

L'andamento da prima sembrava lodevolissimo, ma una risipola facciale flemmonosa, che si estese al capillizio, rese vana l'opera del Chirurgo, distrusse per mortificazione il lembo destro, e una condizione difterica delle fauci mise in grave pericolo la vita dell'operato. Però il tartaro stibiato, lo solfato di chinina, le incisioni di ascessi formatisi al padiglione dell'orecchio destro ed alla palpebra sinistra, la cauterizzazione col nitrato d'argento della mucosa della bocca e dell'istmo, vinsero i gravi fenomeni insorti. Il malato fu salvo; però alla pinna destra si presentarono nuove vegetazioni sospette, contro le quali si usò l'escisione, ripetendo a destra e sul setto nasale quanto si avea praticato a sinistra della cartilagine della pinna, tentandosi poscia una restituzione del lembo destro perduto per la mortificazione precedente, coll'utilizzare la

pelle genale corrispondente; formandosi così con essa un lembo quadrilatero, cruentandone il margine libero e limitando i lati superiore ed inferiore con due incisioni arcuate, a convessità superiore, dirette l'una sotto il margine orbitale, l'altra parallelamente al labro inferiore. Il margine libero del lembo fu congiunto all'antico lembo sinistro già aderente e di bel nuovo cruentato (fig. 4 e 5).

Ma anche questa volta l'eroica costanza dell'operando, la perseveranza dell'operatore non colsero completa corona. Il lembo in gran parte cadde mortificato. Si avea guadagnato però di esportare del tutto il morbo infrenabile. La cicatrice si compiè regolarmente. Fu proveduto alla deformità superstite con l'applicazione protetica d'un naso artificiale; ma senza abbandonare il campo operativo, e colla determinata volontà di nuove chirurgiche battaglie, perciocchè resta ancora l'adito ad una nuova rinoplastica, la quale col metodo indiano domanderà alla cute della fronte il lembo riparatore.

Ben più fortunato, fu l'esito dell'operazione eseguita su Giovanni Lucietto, villico di 64 anni, il quale è stato sempre sano fino al cinquantesimo di sua età. Cominciò allora ad avvertire un tubercolo pruriginoso, duro, giallognolo, della grandezza d'un pisello, al lato interno del margine orbitale inferiore sinistro. Graffiato più volte il tubercolo e leso nella sua continuità, diede suppurazione sanguinolenta, e quindi si coperse di crosta. Cadde la crosta, riapparve il pus, si rifece la crosta, e così continuò una non interrotta serie di alternanti aspetti nel tumore, che intanto s'accrebbe di volume e presentò un'appendice più all'esterno.

Il primo tumore rotondo, esulcerato, rosso vivo, gemente sangue ed icore, è adeso fortemente alla

parete ossea su cui poggia, ed ha il diametro di 3 cent. circa, l'altro quello di due, è distante all'esterno pochi millimetri, mobile sulla base. La malattia fu riconosciuta per un epitelioma (fig. 6). La operazione fu condotta nel seguente modo.

Con quattro incisioni disposte a rettangolo furono compresi i due tumori, ed asportatili, si trovò che il più interno aveva corrosa la faccia anteriore del seno mascellare e che il tumore in quello s'introduceva. La pressione esercitata su quella lamina ossea l'aveva corrosa così da presentare un'apertura circolare del diametro di due centimetri, riempita completamente dal tumore per essa insinuato. Gli orli dell'apertura dopo l'esportazione del tumore furono minuziosamente raschiati.

Si condussero poi dagli estremi della incisioue inferiore due altri tagli, interessanti il solo tegumento, seguendo un poco obliquamente i due lati anteriore e posteriore del rettangolo, estendendoli fino al margine inferiore della mascella; si dissezionò accuratamente il lembo compreso da queste incisioni e lo si trasportò con lieve stiramento in alto, in modo da occupare perfettamente lo spazio decorticato in seguito all'esportazione dell'epitelioma. Il margine superiore del lembo fu cucito al tegumento illeso, conservato presso l'orlo inferiore dell'orbita, con sutura attortigliata, e con eguale sutura laterale agli orli laterali del vano lasciato dal rettangolo rimasto (fig. 7 e 8).

L'aspetto del malato era perfettamente restitnito, la reazione susseguente fu mite. Si ebbe uno stillicidio sanguigno ma poco insistente, che si sospese coll'applicazione di bagnuoli freddi. E tutto progrediva in modo assai lusinghiero, se non che il lembo innestato, ad onta dei mezzi ripercussivi tratti in uso, presentavasi

di temperatura alquanto elevata, e dopo due giorni nell'angolo superiore ed interno, in corrispondenza del mancante sostegno osseo, cominciò a farsi oscuro e infine a mortificarsi, estendendosi quindi la mortificazione fino al margine esterno del lembo e per l'altezza di due centimetri. Si ebbero in quel torno sintomi gagliardi di generale reazione, combattuta con adatti antiflogistici. Caduta l'escara gangrenosa, si ebbe la compiacenza di verificare che il lembo, nel tratto non mortificato, era perfettamente aderito e, dopo qualche giorno, che il fondo scoperto granuleggiava.

Si attese allora a favorire la cicatrizzazione per seconda intenzione e principalmente a curare il riempimento dell'apertura dell'antro d'Igmoro. A ciò valsero egregiamente i tocchi ripetuti di azotato d'argento. Intanto s'avvicinarono con progressiva spontanea trazione i margini cutanei permanenti, si fece edematosa la palpebra inferiore, si ebbe un lieve ectropio; ma infine l'apparente perdita di sostanza apparve minima, e in ultimo fu del tutto rimpiazzata dal nuovo tessuto cicatriziale, così che il malato, dimesso e riveduto più tardi, era perfettamente guarito dalla malattia spaventevole che lo invadeva, e completa era la restituzione delle sue forme.

Il caso che ora riferisco era un labro leporino complicato con fauci di lupo. Un ragazzo di sette anni, Geremia Strapazzan, ne era il soggetto. La fenditura labiale e palatina esisteva, come il più delle volte, a sinistra.

L'operazione eseguita non fu invero una plastica, ma solo una sinfisirafia. Cruentati i margini della spaccatura labiale, così che i lembi risultanti presentassero due linee curve a concavità convergente, per ottenere poi, giusta il precetto di Petrequin, una linea di sutura

più lunga dell'altezza del labro, affinchè, nella retrazione consueta del tessuto cicatriziale, alla commessura inferiore delle due linee non si ritirasse il margine labiale sotto forma di angolo rientrante, se ne fece la cucitura attortigliata, rimettendosi ad altra epoca la speranza di potere riparare con una operazione di uranoplastica e di stafilorafia alla spaccatura della volta palatina e del palato molle.

In vero, i risultati felici di riparazione della volta palatina ossea, riferiti dagli autori e dal Langembeck in ispecie, e da me stesso ottenuti, mediante il trapiantamento di fettuccie mucose, guernite del periostro e mediante la cucitura metallica, mi avrebbero invogliato anche nel fanciullo in discorso ad intraprendere questo trattamento; ma dall'una parte la prossima chiusura della clinica, e dall'altra l'età tenerella dell'operando, il quale avrebbe difficilmente sostenuta la lunga e paziente operazione necessaria, mi consigliarono ad attenermi per allora alla riparazione della più appariscente deformità, riservando ad un momento più opportuno l'esecuzione di quell'ulteriore operazione, che aggiunse recentemente una nuova conquista all'arte e le procurò una nuova imperitura corona.

Cesato Vincenzo, soggetto robusto, di 31 anno, senza traccia di forme patologiche ereditarie, presenta per la terza volta un carcinoma al labro superiore sinistro, esteso lateralmente alla pinna nasale verso l'angolo interno dell'occhio. La prima volta, il tumore della grandezza di un'avellana fu operato con metodo intrabuccale, interessando solo il labro. La seconda, fu esportato anche il tegumento. Alla terza comparsa, il tumore comprendeva la precedente cicatrice. Aveva la lunghezza di 0,05, e la larghezza di 0,03. Due incisioni ellittiche, a concavità opposte, limitarono il tumore e servi-

rono ad esportarlo quasi completamente. Se non che, due tubercoli profondi si estendevano sotto il tegumento di faccia alla pinna. Furono estirpati; si diseccarono diligentemente i lembi, si avvicinarono per scivolamento, e si unirono per cucitura (fig. 9 e 10).

Quest'atto operativo diede la compiacenza, almeno temporaria, di una pronta e completa guarigione, conservando pure l'integrità dell'aspetto all'operato.

Le deformità che mi apprestai a correggere in Domenico Trevisan erano reliquie di una ferita d'arma da fuoco riportata sui campi di Königsrätz. La palla avea colpito l'apofisi mastoidea sinistra, avea fratturata la branca ascendente della mascella inferiore, era entrata nel seno mascellare, avea esportato gran parte della volta palatina, avea fratturato e distrutto parzialmente il vomere e la lamina perpendicolare dell'etmoide, facendosi strada all'esterno fra l'arco zigomatico e la pinna nasale sinistra sotto la cavità orbitale, di cui esportava in gran parte la parete inferiore ed interna, lasciando una spaventevole ferita all'esterno. Perdute spontaneamente alcune scheggie, rimossene parecchie coll'ajuto dell'arte, diretta convenientemente la cura, dopo undici mesi la ferita della volta palatina e della faccia erano cicatrizzate, e riempiti i vani da esse lasciati con convenienti apparecchi protetici; l'apertura però della mastoidea era pervia ancora e lasciava gemere tratto tratto marcia, permettendo il distacco di qualche osseo frammento. L'aspetto del ferito è invero ributtante; la frattura della mascella, la perdita d'ossa dal lato sinistro lo lascia tutto depresso, deviata la pinna, deviato l'angolo della bocca, l'occhio procidente. Ma se a queste deformità non era dato riparare, restava però la lusinga di migliorare la condizione del Trevisan con una plastica, che restituisse la volta pala-

tina, e chiudesse l'apertura esistente fra l'orbita, il zigoma, l'osso nasale e la pinna dal lato sinistro e che comunicava direttamente colle due cavità nasali e colla bocca (fig. 11 e 12).

Questa esterna apertura tiene il suo apice all'angolo interno dell'occhio; la base, un po' curva per mancanza di sostegno osseo alla cute, comincia un centimetro e mezzo all'insù e a sinistra della pinna nasale, e si prolunga per 29 millimetri in direzione parallela al labro superiore, deviando leggermente all'estremità, ove forma un angolo acuto col lato esterno, che costituito dalla cute della parete orbitale, sale all'apice, segnando 39 millimetri.

Il terzo lato scende dall'apice all'estremità anteriore della base, rasentando il naso, da cui, procedendo inferiormente, s'allontana, e dà una linea di 23 millim. Quest'ultimo lato è resistente e formato di tessuto cicatriziale e cartilagineo, gli altri due sono molli ed abbandonati.

Guardando all'interno per questa la ferita si vede:

1.° una fessura nel vomere lunga 36 centimetri e larga 4. Per essa si comunica colla narice destra;

2. un'apertura nella volta palatina di forma triangolare, che ha per base una linea curva di 12 millimetri, limitata all'esterno dalla porzione tuttora esistente del margine posteriore del mascellare, ed internamente dalle reliquie dell'osso palatino. Il lato interno del triangolo arriva al secondo incisivo sinistro ed è lungo 26 millimetri, ed il lato esterno di eguale lunghezza corre lunghesso l'arco alveolare.

Proponendomi di separare la cavità buccale dalle nasali per un lavoro di urano-plastica, mi volli attenere, per quanto fosse possibile, al metodo di Langenbeck, che trapianta la mucosa col periostio, e provede con ciò alla riproduzione dell'osso.

Nel mio progetto riservai la plastica cutanea ad epoca successiva, perchè quell'istessa apertura poteva facilitare la operazione di urano-plastica.

L'atto operativo consistette:

1.° nella cruentazione del contorno del triangolo segnato dalla perdita di sostanza nella volta palatina; 2.° nell'incisione della mucosa palatina fino all'osso per una linea parallela al lato interno del sudetto triangolo e distante da quello 11 millimetri; 3.° nel distacco dalla volta palatina della fettuccia mucoso-periostiale risultante, eseguita coll'opera di un raschiatojo; 4.° nell'avvicinamento del margine sinistro della fettuccia alla base e al lato esterno del triangolo sunominato e nella applicazione di cinque punti di cucitura metallica ad entrambi i fianchi della fettuccia per tenere in sito i margini avvicinati (fig. 13 e 14).

Il primo risultato dell'operazione fu felicissimo; ma subito dopo insorse una insistente emorragia dall'incisione al lato destro della fettuccia innestata, che costrinse all'applicazione del ghiaccio ed alla compressione, per cui l'operazione fallì. Infatti, inceppata di tal modo la circolazione nel lembo, esso ebbe per la massima parte a mortificarsi.

Perduta la speranza di ottenere per questa strada la guarigione, si pensò solo alla cicatrice delle ferite testè indotte, si diresse la granulazione della volta palatina denudata, e dopo una lieve esfogliazione favorita coi tocchi di nitrato d'argento, si ebbe una solida e completa cicatrice.

Durante questo processo si formò una raccolta marciosa presso il foro d'entrata all'apofisi mastoidea, ed apertala si diede esito ad una porzione di palla d'archibugio.

Si fece poi un altro tentativo di operazione al foro

palatino, staccando la mucosa del margine alveolare del triangolo e stirandola verso il lato interno di questo da prima cruentato, ed unendoli insieme con punti di cucitura. Ma anche questa volta l'esito non fu più favorevole della prima; i fili metallici si staccarono tagliando i lembi e la deformità si mantenne.

Sarà riservato un altro tentativo al momento, in cui il palato sarà completamente e solidamente ricoperto, così da poterne di nuovo staccare una fettuccia, munita della membrana periostiale.

Pensai allora alla deformità della faccia, e riparai alla mancanza sovradescritta con un lembo triangolare risultante dal prolungamento verso l'angolo della mascella della linea segnata dal margine che limitava superiormente la perdita di sostanza, lembo che fu cucito agli orli cruentati del vano preesistente (figure 15 e 16).

L'aderenza completa e per prima intenzione si ottenne fra il margine interno del lembo e l'orlo nasale dello spazio vuoto. Nell'angolo al vertice non avvenne adesione, ed essa si ottenne incompleta e previa suppurazione al margine esterno, per la differenza di spessore e di tonicità fra il forte lembo innestato e il tessuto tenue palpebrale, in parte edematoso, cui si dovette congiungere.

Dopo pochi giorni si tornarono a cruentare gli orli del residuo pertugio e s'innestò in esso un piccolo lembo triangolare, tratto dalla regione alta del naso dal lato sinistro, che però sventuratamente non aderì, restando un foro all'apice, di forma subrotonda e del diametro di cinque millimetri. A questo si riparò coprendolo con poco taffetà, e si ostruì il pertugio palatino con opportuno congegno protetico, nella ferma determinazione di domandare nuovamente al-

l'opera chirurgica la guarigione completa di queste superstiti imperfezioni.

Un epitelioma al labro inferiore in Teresa Ballerina, villica, di 57 anni, condusse all'operazione che ora riferisco. La malattia era cominciata dieci mesi in precedenza, sotto forma di una ragade di poche linee al lato destro del labro inferiore. La soluzione di continuo si estese, si approfondì, si coperse di croste decidue e rinascenti, aquistò l'aspetto di un'ulcera rotondeggiante sull'orlo labiale, depressa nel centro, rialzata al contorno con areola dura, rigonfia, dolente sotto la pressione ed anche talora, di notte in particolare, spontaneamente. I dolori si distendevano talvolta a tutta la guancia corrispondente.

Ma oltre a questa simpatica diffusione dei dolori, nessun'altra compartecipazione morbosa si osserva nei circostanti tessuti. L'operazione consistette nell'asportazione dell'ulcera cancerosa, e della sua areola, comprendendo il tutto in un segmento elissoide, i cui margini, staccati inferiormente dalla sottostante mascella, si avvicinarono e si unirono con quattro punti di cucitura continua. Questa operazione eseguita destramente da uno degli allievi clinici fu coronata da completa riuscita.

Antonio Ragodanza, villico, dell'età di 52 anni, presentava un esteso epitelioma al labro inferiore, esordito già da due anni. Aveva da prima la forma di una piccola verruca dura, collocata nel mezzo del labro, di lento progresso, e affatto insensibile. Ma giunta al volume di un'avellana, fu sede di dolori frequenti, spontanei lancinanti, che alla fine indussero il paziente a ricorrere all'opera nostra. Quando lo vidi il tumore, grande quanto una noce, di progressivo aumento, di lapidea durezza, stava collocato nella metà

del labro inferiore, occupandone tutto lo spessore, e si estendeva verso l'angolo sinistro della bocca ed il mento. Nella regione mediana, l'orlo labiale è illeso, non così nella provincia più prossima all'angolo buccale sinistro.

Si esportò quindi il tumore con due incisioni, l'una, la mediana ad angolo rientrante, conservando il margine labiale, l'altra, la esterna e sinistra ad angolo saliente; e si praticò dopo esteso distacco dei lembi, unendo l'angolo rientrante al saliente, e l'orlo labiale mediano conservato a quella provincia del lembo esterno che mancava del margine labiale (fig. 17 e 18). Fu questa felice combinazione, perchè comunque l'arte cerchi di estroflettere la mucosa buccale per rappresentare l'epitelio del labro, o procuri con un tatuaggio d'insinuare il minio, o la cocciniglia per simularne il colore porporino, è sempre da confessarsi, che queste risorse dell'arte stanno ben lungi dalla imitazione della verità, di cui la sola natura è artefice e maestra. La guarigione successe completamente. Il labro inferiore però rimase più piccolo del superiore e retratto, ciò che manteneva una qualche deformità. Il processo di riparazione si condusse senza rilevanti accidenti; benchè la cicatrizzazione immediata non fosse completa; perchè infatti lungo la sutura verticale si ebbe qualche suppurazione ed inoltre un piccolo ascesso si formò sotto l'angolo inferiore della ferita. Ma aperto l'ascesso, l'andamento fu del tutto normale e la cicatrice salda e sicura.

Ed è questa la messe, che diede all'autoplastica l'anno Clinico, che descrivo; messe lusinghiera per varietà, per importanza, per risultamenti; perchè anche in quei casi in cui l'esito fu dubio o incompleto, restò alle risorse dell'arte nuovo campo d'azione, e nuovo libero volo a ragionevoli speranze.

Non oso io già preconizzare le ottenute restaurazioni come perfette, ma, riverente, prima che ad ogni altro idolo, alla verità, rammento come nelle tavole, che corredano le opere di plastica, la pietosa matita spesso ripari ai molto modesti sgorbi del coltello.

Nè si deve perciò accusare di malafede l'operatore, quasi volesse con inganno delineare quelle forme come perfette.

È un errore di giudizio al pari di quello dell'artefice che non può vedere, se non se con occhio parziale, la sua opera.

Ciò accadde sovente anche a me stesso, e talora sognai linee, direi, raffaellesche, nelle irregolari cicatrici dei miei operati; ed errai; ma dietro a quelle cicatrici stavano ben più brutte deformità, e dietro ancora, le funzioni abolite, e più in fondo la morte, e.... perdonate infine alle debolezze del padre per la sua creatura.